

symbolisoi kokonaista elämäntapaa ja teollista järjestelmää. Suurin paha ja riski on se, että ydinvoiman vastustajat saavat näkemyksiään läpi yhteiskunnallisessa päätöksenteossa. Toisaalta ydinvoiman vastustajillekin ydinvoimaan liittyy myyttisiä ulottuvuuksia, ja tämä vastustus on ryhmätoimintaa organisoiva tekijä. Ei liene liioiteltua väittää, että molempien ryhmien kohdalla sosiaaliset tekijät voimakkaasti värittävät riskikäsityksiä.

Nämä tekijät näkyvät myös alkoholipolitiikassa. Raittiusliikettä yhdistää yhteinen käsitys viinaan liittyvistä riskeistä, samoin niitä, jotka ajavat liberaalisempaa alkoholipolitiikkaa. Toisten käsityksille riskeistä ja synneistä on helppo hymyillä, mutta omien näkemysten myyttisiä ulottuvuuksia on paljon vaikeampi havaita.

Kymmenien tuhansien ihmisten hölkkätahtumat taudinkohtauksineen tuskin eroavat paljon keskiajan itsensäruoskijakulkueista. Ja eikö AIDS-keskustelussakin näy selvästi näkemys syntisen elämän tuomasta väistämättömästä rangaistuksesta. Siitä on myös tulossa riskitekijä, johon suhtautuminen muodostaa voimakkaasti sosiaalisia ryhmiä organisoivan tekijän.

Tai miksi olemme niin huolestuneita makkaroiden lisäaineista, mutta vanhusten hoito ja heitteillejätto voi Helsingissä jatkua vuodesta toiseen. Miksi iltpäivälehdet repäisevät valtavia otsikoita lemmikiksi otetun koiran pennun pahoinpitelystä, mutta eivät kiinnitä huomiota siihen järjestelmälliseen eläinräkkäykseen, jota teollisuusmainen karjanhoito edustaa.

Mary Douglas väittää, että riskikäsitysten sosiaalinen määräytyminen on väistämätön asia. Kuitenkin oppimalla tuntemaan nämä lainalaisuudet me voimme paremmin hallita yhteisöjemme toimintaa. Hänen mukaansa täysin objektiivisia riskianalyysijä ei ole olemassakaan, aina arvot ja arvostukset värittävät sitä, mitä pidämme vaarallisenä ja kartettavana.

Sosiaalinen todellisuus ei ole annettu, se aina rakennetaan.

Vaikka kuinka punnitsisimme ydinvoimaan ja tuulimyllyihin liittyviä etuja ja riskejä, valinnan jälkeen meillä on käytössämme vain toinen. Viime kädessä siis kysymys on myös siitä, kumman kanssa haluamme elää.

Ydinvoiman kannattajat tahtovat ydinvoimaa, koska he ovat valinneet sen; se sopii heidän sosiaaliseen todellisuuteensa. Sama koskee tietysti kääntäen ydinvoiman vastustajia. Arvovalintoja on vaikea perustella yhteiskunnassamme, ja siksi niille pyritään löytämään epätoivoisesti tieteellisiä perusteluja. Ydinvoiman vastustajat toivat Suomeen esitelmöimään tiedemiehen, joka todisti, että ydinsähkö ei itse asiassa ole taloudellisesti lainkaan kannattavaa. Jos sama tiedemies tulisi myöhemmin laskuissaan päinvastaisiin tuloksiin, niin tuskin se liikuttaisi ydinvoiman vastustajia; he vain vaihtaisivat perustelujaan.

Samankaltaisia ilmiöitä löytyy helposti myös alkoholipoliittisesta keskustelusta. Tutkimustulokset raskaana olevien naisten alkoholin käytön sikiöille aiheuttamista vaaroista löysivät heti tiensä julkiseen keskusteluun. Suurkuluttajia koskevat tulokset yleistettiin koskemaan kaikkia äitejä. Työperäisistä sikiövaaroista ei tässä keskustelussa kuitenkaan oltu yhtä huolestuneita.

Mary Douglas huomauttaakin, että syntymään liittyy

vät asiat ja raskaudentila ovat aina olleet erilaisissa yhteisöissä tekijöitä, jotka helposti saavat myyttisiä ulottuvuuksia, jotka liitetään vaaroihin ja saastaan.

Antropologia opettaa kouriintuntuvasti, että käsitys pyhästä ja saastaisesta, riskeistä ja vaaroista sekä hyvistä tavoista saattaa vaihdella erilaisissa metsästäjä-keräilijä- ja maatalousyhteiskunnissa uskomattoman voimakkaasti, niin voimakkaasti, että näiden käsityksien eroja on vaikea perustella ympäristötekijöiden perusteella tai ainakaan johtaa suoraan niistä. Ne ovat voimakkaasti kulttuurin ja ihmisen sosiaalisen todellisuuden luomuksia, ja vain tätä kautta niiden mielekkyys voidaan havaita ja tulkita.

Riskikäsitykset ovat useimmiten ekologisesti tarkoituksenmukaisia ja auttavat yhteisöjä selviämään ympäristönsä todellisista uhkista, mutta ne voivat myös vaikeuttaa elämää ja toimeentuloa ja olla silti sosiaalisesti mielekkäitä.

Mary Douglasin suuri ansio on, että hän on samalla tavalla kuin antropologit tutkinut ns. alkukantaisia yhteisöjä, alkanut selvittää myös teollistuneen yhteiskuntamme riskikäsityksiä, sitä mitä me pidämme saastaisena ja mitä pyhänä.

Eli kuten Mary Douglas itse toteaa: Ei ole olemassa absoluuttista likaa; se, mitä nähdään, riippuu aina katselijasta.

Antero Honkasalo

Päihdeongelmainen hoidettavana

Verrattaessa päihdeongelmaisia muihin asiakasryhmiin on selvää, että sekä eroavuuksia että samankaltaisuuksia esiintyy. Yllättävää sen sijaan on, että päihdeongelmaiset koetaan niin paljon vaikeahoitoisemmiksi kuin muut asiakasryhmät. Onhan alkoholistien hoitotulosten arviointi osoittanut, että hoidossa käyminen parantaa noin 20 %:lla hoidettavista sitä toipumista, joka alkoholisteilla tapahtuisi ilman hoitoakin. Tämä tulos sinänsä ei poikkea muiden asiakasryhmien hoitotuloksista. Onhan todettu, että 2/3 mielenterveysongelmaisista (neuroottiset häiriöt) paranevat ilman minkäänlaista hoitoa kahden vuoden kuluessa (luvut kirjasta *Alkoholi ja yhteiskunta* s. 333 ja *Psykologia-lehdestä* 6/83, s. 451). Eiköhän vaikeahoitoisia asiakkaita löydy myös mielenterveysongelmaisista, kroonisista kivuista kärsivistä, dementoituneista, astmapotilaista, rikollisista, psykosomaatikoista jne.?

Samalla tavalla kuin muista asiakasryhmistä myös päihdeongelmaisten joukosta löytyy helpommin ja vaikeammin hoidettavia tapauksia. Mitä pidemmälle ongelmalla on vaikuttanut, sitä vähemmän on psykoterapian keinoin tehtävissä. Sen takia hoitopisteissä painotetaan ennaltaehkäisyä ja ongelman varhaista tunnistamista.

Olenaisia eroja verrattaessa päihdeongelmaisia muihin on päihdeongelmaisten tendenssi "nojautua" ympäristöönsä hoitoa hakiessaan. Juodessaan, eläessään "normaalikuvioita" päihdeongelmaiset vakuuttavat pärjää-

vänsä itse, mutta kun he raittiina hakeutuvat hoitopaikalle, he toivovat ongelmien ratkaisun olevan jonkun muun käsissä. Päihdeongelmaisen käsitykset hoidon sisällöstä ja tavoitteista ovat yleensä hataria, ja tästä syystä hän haluaakin heti raitistua, mieluummin vielä helposti, esim. Antabuksen tai Esperalin avulla. Päihdeongelmaisen maailmankuva on kuitenkin yleensä liian kehittymätön (ja hoidolta odotetaan usein ”raitistumisohjelman” valintaa), minkä seurauksena terapeutin tehtävänä on tuoda tätä puuttuvaa reaalisuutta hänen maailmankuvaansa. Tilanne muistuttaa mielenterveysongelmaisten hoitoa: realismi on terapeutin käsissä. Sekä psykoottisten että vaikeasti alkoholisoituneiden hoidossa terapeutti joutuu siirtämään vastuuta vähäksi aikaa osittain pois asiakkaalta.

Terapeutin tehtävä on siten ohjata realistiseen raitistumiseen. Usein päihdeongelmainen itse ei käsitä, miten suuri elämänmuutos alkoholista luopuminen todella on. Terapeuttia tarvitaan ennakoimaan kriisin kulkua, tukemaan kriisin seurauksien läpikäymisessä, vaikuttamaan ympäristöön ja muokkaamaan asenteita ymmärtäväisemmiksi jne.

Järvenpään sosiaalisairaalassa on kysytty asiakkailta perusteluja heidän omalle juomiselleen, heidän omien kokemusiansa pohjalta. Löydettiin kolme päätekijää: 1) arkiongelmien pakeneminen, 2) keskustelun helpottaminen ja jännityksen laukeaminen sekä 3) ahdistuksen kesto ja yksinäisyyden väheneminen.

Jos saman kysymyksen esittää aktiivisten harrastusten (musiikki, liikunta, taide) parissa puuhaileville ihmisille, löytyvät näillekin vapaaehtoisille toiminnoille samat perustelut. Juomisen alkuvaiheissa varmasti voidaan lähteä mukaan näiden asioiden perusteella. Jatkossa kuitenkin kielteiset kokemukset lisääntyvät päihdeongelmaisella, ja lopuksi myös juominen on yksi syy muiden joukossa arkiongelmien. On kysyttävä, minkä takia päihdeongelmainen valitsee juuri päihteen muiden harrastusmahdollisuuksien asemesta ja minkä takia harrastusta ei vaihdeta, kun siitä tulee ongelma.

Hoidossa ollessaan, raittiina päihdeongelmainen usein välittää hoitopaikassa tyhjyyden tunnetta: hän tuntuu pysähtyneeltä, hiljaiselta, umpinaiselta. Juomaan lähtiesään hän muuttuu: hän tuntuu tällöin haluavan täyttää ne tyhjät kohdat, joita elämässä muuten on.

Päihdeongelmainen hakee usein hoidosta jotain helpotusta ahdistukseensa, epämääräiseen ahdistukseen, joka vie ryyppäämään tai tekee hiljaiseksi. Hoidosta saattaaakin löytyä vastauksia, syitä, nimiä, joiden avulla päihdeongelmaisen ahdistus, elämänskipu, hetkeksi lievittyy. Mikäli nimen tai uuden identiteetin avulla vielä voidaan toiminnallisesti tukea ongelmaisen uusia ajatuksia hänestä itsestään, on muutos vähitellen yhä pysyvämpi. Ulkopuolelta tällaista muutosta ei yksilön kohdalla ole kuitenkaan mahdollista saavuttaa. Muutos tulee ihmisestä itsestään.

Vaikeiden asioiden läpikäyminen jonkin kauaskantoisen päämäärän takia (esim. turvallisten ihmissuhteiden) ei houkuttele päihdeongelmaista hoidon alkuvaiheessa. Samasta syystä myös pitkäaikainen yksilöterapia, jossa ongelmaiset kertovat itsestään, on suunniteltuna prosessina liian hankalaa ja turvatonta, jos päämäärä, esim.

raittius tai henkilökohtainen ”eheys”, on kaukana. Hoidon olisikin annettava selvät puitteet lyhyellä aikavälillä (esim. uusi nimi ongelmille tai uusi paikka, jossa saa käydä, voi riittää). Mikäli hoito ei tähän pysty, on helposti seurauksena joko hoidon lopettaminen tai jatkuva ”kaksoispeli”, jossa asiakas esittää hoitajalle toista henkilöä kuin muille.

Olennaista hoitoprosessissa onkin ihmisen normaalielämän tarkastelu: Mitä tapahtuu arkikuvioissa, miten hän kokee arkitilanteet, koska hän ahdistuu ja koska ilahtuu, koska hän on välttelevä ja koska uskaltaa tuoda itsensä esille? Millainen tasapaino vallitsee lähisuhteissa, miten hän pyrkii tasapainottamaan ”tappioita” lähisuhteissa? Miten hän etsii uusia kanavia läheisen ihmisen luo, jos side löystyy? Koska hän osaa ja hallitsee liian kauan? Koska hän toimii toisen kustannuksella? Mitä hyötyä tästä on? Miten hän kestää ristiriidat, jotka syntyvät eri roolien (koti/työ) paineessa? Miten hän yhdistää oman toiminnan järkevyyden eri ihmissuhteiden ristiaallockkoon? Ristiriitojen sieto onkin erityisen vaikeata, jos identiteetti muuten on hatara.

Päihdeongelman synty ei noudata kaavioita. Syyt eroavat sekä persoonallisuudessa että sosiaalisessa kentässä. Mutta tuhon alku ja välttämistoiminnat, joita juominen edustaa, ovat hyvinkin ihmisen oma ratkaisu ja oma valinta. Päihde edustaa jotain ratkaisutapaa, jota pidetään itsekin huonona, mutta josta ei pääse irti. Ongelman kertominen muille kuitenkin muuttaisi omaa hataraa minä-kuvaa kielteisesti, joten siis pidetään kiinni väitteestä hallintakyvyn säilymisestä, ainakin muiden läsnä ollessa. Hoidon onkin usein lähdeittävä siitä, että minäkuvan tukeminen on ehkä ainoa tie. Kuitenkin on otettava tällöin huomioon, että juomiskäyttäytymisen muutoksen on tukeuduttava johonkin todelliseen tilanteeseen esim. perheessä tai työpaikalla, muuten uusi käyttäytyminen ei jää pysyväksi.

Yksi ongelman aiheuttaja perheessä on etäisyys avio- puolisoitten välillä. Tähän liittyy usein myös tunneköyhyys ja kyvyttömyys riitelyyn. Kaikki ongelmat jäävät ”kytemään” pinnan alle, kun niitä ei voida kunnolla selvittää. Riitojakin voi esiintyä mutta ilman järkevää jälkiselvittelyä ja tarpeellista anteeksiantoa jälkeenpäin. Vallitsee pelko kasvojen menetyksestä ja ”itsensä paljastamisesta”. Tärkeimmät ihmissuhteet eivät anna tukea, eikä tunnetyöskentely onnistu. Välinpitämättömyys itseään kohtaan voi olla myös pyrkimys reaktion saamiseen, tunteiden esiin pakottamista. Pelätään näyttää toiselle omaa pehmeyttä ja haavoittuvuutta, jolloin mieluummin liittoudutaan tai rakennetaan selityksiä tai ”muureja”. Yhden osapuolen ”ongelma” (esim. päihdeongelma) voi- kin olla ainoa kanava, jonka avulla voidaan osoittaa myönteistä huolestumista ja välittämistä.

Yksilönä päihdeongelmainen voi pyrkiä parantamaan tilannetta ainakin kolmella tavalla:

1. Hän alkaa ”juoda” porukassa, esim. huoltolassa, AA:ssa jne., muistellen mennyttä ja hakien etäisyyttä siihen. Myös näin hän pääsee irti arjesta.

2. Hän alkaa ”juoda” jonkin harrastuksen, musiikin, liikunnan, taiteen, autojen, videoiden, huviloiden ym., parissa. Hän uppoutuu siihen ja on jälleen irti arjesta.

3. Hän pyrkii raittiuden myötä löytämään normaalista,

harmaasta arjesta uusia vivahteita ja merkityksiä, ehkä pieniä muutoksia perhe-elämässä ja siihen suhtautumisessa tai työelämässä tai yleensä yhteiskunnallisessa olemisessa. Tällöin ei päästä irti arjesta vaan siihen sisälle.

Yksilöhoidossa päihdeongelmainen onkin huomattavasti vaativampi asiakas kuin monet muut. Hän useimmiten vaatii pitkäaikaista hoitoa ja takeita, lisäksi hän myös vaatii auttajalta vastaantulemista, aktiivista kontaktinottoa. Jos auttaja ei heti reagoi pieniin hoidon laiminlyönteihin, suhde helposti katkeaa täysin. Liika auttaminenkaan ei tyydytä häntä: hän toivoo etäistä huolenpitoa, jossa hänen persoonallisuutensa jätetään rauhaan.

Luottamukselliseen suhteeseen pääseminen päihdeongelmaisen kanssa on vaikeata. Juuri kun luulee sen saavuttavansa, hän jättääkin jotain tekemättä ja vetäytyy taas kuoreensa. Luottamuksen saavuttaminen vaatii hidasta lähestymistä. ”Myöteläminen” onkin hänen toiveensa hoitosuhteesta, ei niinkään muutoksen tuottaminen. Auttajan optimistinen elämänsäsenne joutuu kovalle koetukselle, kun totunnaiset tavat eivät enää päde ja ”tiedostamattomat” lait, joita auttaja noudattaa, eivät koskekaan päihdeongelmaista.

Auttaja onkin jatkuvassa prosessissa itse hoidon aikana, taistellen itsensä kanssa oman uudistumisen tarpeen ja turvallisuuden halun välimaastossa. Auttajan ongelmana onkin se riippuvuus, jota päihdeongelmainen heijastaa epäsuoralla tavalla, riippuvuus, jota auttajan on usein vaikeata ”kantaa”, koska se tuntuu niin sitovalta. Melkein ”kohtuun” asti meneviä toivomuksia saatetaan esiintyä. Tässä vaiheessa myös auttaja alkaa tuntea yhteiskunnallisen avun riittämättömyyden ja sen ”vääryyden”, jota päihdeongelmainen ympäristössään kokee. Seurauksena on helposti hoitoa antavan välikirjo jonkin muun auttamispisteen kanssa. Auttajan kyky ottaa vastaan apua joutuu tällöin kovalle koetukselle. Vaarana onkin auttajan muuttuminen päihdeongelmaisen kaltaiseksi; esim. hän alkaa luopua pyrkimyksistään hallita kokonaisuuksia, ei enää halua käsittää, miksi päihdeongelmainen on hoidossa tai miksi tätä hoidetaan. Auttaja saattaa myös oppia kieltämään omat tunteensa ja korostamaan kovuutta. Kun ei tunnusteta tunteita, ei jouduta enää ristiriitatilanteisiin. Joku auttaja saattaa turvautua toimenpidekeskeisyyteen: vain ulkoisesti näkyvät tulokset hyväksytään hoidossa (hoitoteknikko). Ongelmaksi voi myös muodostua oma passiivisuus ja riippuvuus kenestä. Tehdään vain sitä, minkä kaikki muut hyväksyvät.

Perhehoidossa onkin lähdeittävä alusta alkaen toiseltaisesta suhtautumisesta, jossa jokainen yksilö nähdään ryhmän täysivaltaisena jäsenenä. Ryhmän jäsenten tehtäviä pohditaan usein. Ryhmän käsitys itsestään ryhmänä tulee pitkälle riippuvaiseksi auttajan suhtautumisesta: auttaja joko hyväksyy ryhmän tai kokee sen kielteiseksi. Kielteinen suhtautuminen saattaakin johtaa ryhmän tilapäiseen kiinteytymiseen, mutta myös auttajien torjumiseen.

Perhehoidossa nousee keskeiseksi kysymys syyllisyydestä ja sen käsittelemisestä. Koetaanko ongelmat menneisyydessä ja siten ratkaisemattomiksi vai koetaanko ne yhden ihmisen aiheuttamiksi ja siten ryhmän hallinnan ulkopuolella oleviksi vai nähdäänkö ongelmat tilanteissa

ja siinä vuorovaikutuksessa, jossa sillä hetkellä eletään? Vaihtoehtoina usein ovat pysähtyminen tai kehitys perheessä. Myönteinen muutos on se työkalu, jota auttaja pyrkii käyttämään.

Perheessä tapahtuva vuorovaikutus voi joko estää tai helpottaa ihmisen muuttumista. Yleensä päätösvallan siirtäminen ”luonnollisilta” henkilöiltä (esim. vanhemmilta) liian nuorille tai liian vanhoille (lapsille tai isovanhemmille) aiheuttaa perheessä noidankehän, mistä jokainen jäsen tavallaan kärsii ja minkä perheen ulkopuoliset kokevat hankalaksi. Perheen yhteiskunnallisten tehtävien hoitaminen vaikeutuu, ja siten perhe helposti eristäytyy ”normaalielämästä”.

Ongelmaksi perheessä saattaa myös nousta aviokumppanien keskinäinen etäisyys tai liian tiivis yhteisyys. Etäisyys mahdollistaa liittoutumien syntymisen. Liittoutumat lasten (lapsen) ja jonkun vanhemman välillä saavat usein seksuaalisen värityksen, mikä osaltaan hämmentää ulkopuolelle jääneen tunteita tiedostamattomalla tasolla. Selvittämättömät ristiriidat johtavatkin helposti lisäongelmien syntymiseen. Seksuaalisuus on yleensä se ongelma, jota vältellään tai jota ei käsitellä, koska seksuaalisuuteen liittyy hellyyttä, pehmeyttä, huomioon ottamista ja koska nämä myönteiset arvot ovat mahdollisia vain turvallisessa yhteiskunnallisessa ja ihmissuhteessa. Joskus puhutaankin alkoholistin yksinäisyydestä, jonka voi ymmärtää kykenemättömyydeksi solmia toimiva, turvallinen ja läheinen parisuhde. Ulkopuoliselle syntyy helposti käsitys alkoholistista ”jälkeenjääneenä” tai ”kriisivaiheet läpikäymättömänä” henkilönä. Ja yksilötasolla väittämät usein pitävätkin paikkansa, joskin niiden sisältö saa merkityksen vasta vuorovaikutussuhteessa muihin.

Sten-Erik Smeds

Kahden valtakunnan rajalla — reunamerkitöjä sosiaali- ja terveydenhuollon integroinnista

Keskustelu sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön tehostamisen välttämättömyydestä on ollut lukemattomien seminaarien ja selvitysten käyttövoimaa parinkymmenen vuoden ajan. Viime aikoina on tähän opinkapaleeseen ilmestynyt joitakin uusia juonteita.

Vanhaa on se, että keskustelua ja selvittelyä käydään hallinnon lähtökohdista ja johdolla. Käsitteet, keinot ja sisällöt ovat hallinnollisia. Uutta taas on se, että enää ei puhuta vain yhteistyöstä, vaan selvästi yhdistämisestä — sekä hallinnollisessa että toiminnallisessa merkityksessä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon yhdistäminen voi tapahtua hallinnon osalta. Tästä on kysymys yrityksissä päästä nykyisenkaltaisista keskusvirastoista. Myös valtionhallinnossa ilmenevä halu ajaa kuntien lautakunta- ja virasto-